

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929. — N° 9

DES
PROCÉDÉS DE PÉRITONISATION
APRÈS HYSTÉRECTOMIE

Procédé en « double bourse » du Professeur GUYOT.

Travail de la Clinique gynécologique de Bordeaux (Hôpital Boursier).



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 26 novembre 1928

PAR

Charles-Alexandre MORIN

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX
LAURÉAT DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

Né à TRUJILLO (Pérou), le 27 février 1901.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	{	<i>Président.</i>
		BÉGOUIN, professeur		<i>Juges.</i>
		CHARRIER, agrégé.....		
		LOUBAT, agrégé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CRISTOLY, 3

1928

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929. — N° 9

DES
PROCÉDÉS DE PÉRITONISATION
APRÈS HYSTÉRECTOMIE

Procédé en « double bourse » du Professeur GUYOT.

Travail de la Clinique gynécologique de Bordeaux (Hôpital Boursier).

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 26 novembre 1928

R. UNIV.

BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Charles-Alexandre MORIN

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX
LAURÉAT DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

Né à TRUJILLO (Pérou), le 27 février 1901.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur....	Président.
		BÉGOIN, professeur	Juges.
		CHARRIER, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CRISTOLY, 3

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU,
W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

MM.		MM.	
Clinique médicale	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id	CASSAET.	Médecine expérimentale	MAURIAC.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id	BÉGOUIN.	Clinique chirurq. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales..	CARLES.	Clinique gynécologique.	GUYOT.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants . .	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique. . .	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie.	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie), MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie.....	LACOSTE.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	JEANNENEY.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	CHARRIER.
Histoire naturelle pharmaceutique.....	FOURMENT.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	GREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophthalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	N.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.	N.
Accouchements	FAUGÈRE.	Pharmacie chimique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON TRES AIME
ET REGRETTE PERE

A MA MERE

Avec tout mon amour filial.

A MA FEMME

Témoignage de ma profonde affection.

A MA SŒUR ZOILA-MELANIE

A MES FRERES ET A MES SŒURS

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. MICHELEAU.

*Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNENEY,

*Chirurgien des Hôpitaux,
Croix de Guerre.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN VILLAR,

*Chef de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine
de Bordeaux.*

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine
de Bordeaux.,*

Chirurgien des Hôpitaux,

Correspondant national de la Société de Chirurgie,

Chevalier de la Légion d'honneur,

Décoré de la Croix de Guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,

Officier de l'Instruction publique.

CHER MAÎTRE,

Je n'oublierai jamais l'exemple que m'ont donné votre haute conscience professionnelle, votre amour du travail et de l'enseignement, vos belles qualités chirurgicales.

Aujourd'hui que vous acceptez de présider ce modeste travail, dont tout le mérite vous revient, je vous saurai gré de croire à l'hommage de ma plus profonde et affectueuse reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

En soutenant notre thèse, nous allons donner notre dernier pas d'étudiant, et ce n'est pas, cependant, sans appréhension que nous allons entrer dans la vie médicale, car c'est l'ère du devoir et des responsabilités qui commence pour nous.

Pendant nos études dans les services hospitaliers, comme dans les cours à la Faculté, nous avons trouvé auprès de nos maîtres, désireux de nous prodiguer leur savoir, un accueil toujours bienveillant; qu'il nous soit permis de leur adresser nos très sincères remerciements.

Nous prions MM. Micheleau, Verger, Bousquet, Jeanneney, Lefèvre, Parcellier, qui ont su nous inculquer le goût et le droit chemin de notre carrière, de trouver ici l'expression de notre profonde gratitude, tout particulièrement notre maître et président de thèse, M. le professeur Guyot, qui, pendant plusieurs années d'externat, nous a enseigné à interroger et à examiner les malades atteints d'affections gynécologiques et chirurgicales avec tant de science et de méthode que ses leçons ne sauront jamais s'effacer de notre mémoire. Nous sommes persuadé qu'elles seront pour nous d'une très grande utilité.

DES

PROCÉDÉS DE PÉRITONISATION

APRÈS HYSTÉRECTOMIE

Procédé en « double bourse » du professeur Guyot.

HISTORIQUE

L'étude de l'évolution de la technique, en ce qui concerne l'hystérectomie, est un des plus beaux exemples de la lenteur minutieuse avec laquelle progresse la réalisation d'une idée chirurgicale.

Après avoir cru, au début, en la folie de ceux qui voulaient faire des hystérectomies, on étudia leurs procédés et on les enrichit, petit à petit, des fruits de l'expérience de chacun. Chaque chirurgien y apporta sa pierre, et la dernière, peut-être la plus importante, est justement la péritonisation, dont nous nous proposons d'étudier dans cette thèse un des procédés créé et mis au point par notre maître le professeur Guyot.

Il est toujours curieux, à distance, de voir s'ajouter ainsi peu à peu à l'édifice les blocs dont, à l'heure actuelle, aucun, à nos yeux, ne pourrait être soustrait. Comment ne pas s'étonner de voir apparaître et placer en dernier lieu la clef de voûte.

La péritonisation, en chirurgie gynécologique, temps capital de toute intervention, doit être particulièrement soignée. On a peine à s'imaginer qu'elle ne fut pas toujours exécutée et qu'elle ne survint que comme complément d'une technique déjà très avancée. Mais, n'est-il pas plus curieux encore de voir l'orientation des idées actuelles, qui, véritable pas en arrière disent les uns, progrès disent les autres, se fait vers ce vieux Mikulicz, panacée ancienne, abandonné ensuite, repris de nos jours.

Nulle technique chirurgicale n'est absolument parfaite. Nous avons trop de tendance à systématiser et à croire en l'absolu de nos méthodes. Nous oublions trop facilement l'œuvre des vieux maîtres et nous devrions plus souvent nous reporter à leurs travaux. Un rapide historique de la question nous semble assez utile et rempli d'enseignements pour qui veut étudier plus et mieux qu'une technique : L'évolution d'une pensée humaine.

Les premières hystérectomies datent de Heater (1843), et de Clay (1844), qui firent respectivement la première subtotale et la première totale. C'étaient des hystérectomies supravaginales à pédicule interne; on faisait la ligature en masse et on abandonnait ainsi, sans péritoniser, le moignon dans le ventre.

En 1863, Koeberlé employa le serre-nœud, qui étreignait tout le pédicule par une anse métallique. Inutile de dire que ces quelques tentatives, qui, pourtant, croissaient en nombre, restaient encore à l'état isolé (surtout à cette période préantisep-tique) et que les résultats étaient lamentables.

Une deuxième période s'ouvre avec Péan, en 1869, qui crée le pédicule externe et se sert de la forcipressure. Il transfixe d'aiguilles lancéolées le pédicule au-dessous d'une ligature métallique au serre-nœud de Cintrat et l'extériorise ainsi dans l'angle inférieur de l'incision. Plus tard, on substitue la ligature élastique à celle-ci, et Kléber, en 1876, Martin en 1880, Pozzi en 1883, emploient ce procédé. Entre temps avait sonné l'heure antiseptique. Le mot infection avait désormais un sens. On voulait, on pouvait l'éviter. De plus, la richesse grandis-

sante de l'audace chirurgicale, les indications opératoires plus fréquentes, multipliaient le nombre des opérations, et chacun s'entremettait pour les améliorer. C'est ainsi qu'on s'aperçut vite des inconvénients de ce pédicule externe, qui exposait à l'infection, aux hémorragies secondaires, à la péritonite et aux éventrations. Le laisser à l'abri, dans le ventre, redevint une nécessité, et il fit naître la péritonisation. Rechercher et affirmer avec certitude la paternité de celle-ci paraît œuvre difficile. Elle naquit simultanément dans bien des cervelles chirurgicales. Cependant, il semble que ce soit à Shroeder, en 1878, que revienne l'honneur d'avoir le premier décrit un procédé assez analogue à celui employé de nos jours, avec ligature isolée des pédicules et enfouissement du moignon du col, sous le péritoine. C'est, pour Pozzi, le véritable créateur de la méthode, et Chrobak, dont on cite toujours le nom, ne paraît avoir été, en réalité, qu'un vulgarisateur. Dans les *Annales de gynécologie* de 1892, il publie sa technique, qui consiste à rabattre par-dessus le col deux lambeaux pris aux dépens du péritoine utérin.

En 1892, Léopold (*Arch. für Gynec.*, 1892); en 1893, Edebohls (*Annals of Surgery*); en 1894, Zweifel (*Centralblatt für Gynec.*) vulgarisent la méthode. Signalons en 1894 un mémoire important de CHAPUT (*Bulletins de la Société anatomique*). Il taille, après hystérectomie, un grand lambeau péritonéal antérieur qu'il vient suturer au détroit supérieur, en ménageant juste le passage du rectum et en cloisonnant ainsi le petit bassin. Il publiait, à cette époque, vingt-quatre opérations gynécologiques terminées par cloisonnement avec trois morts et une occlusion postopératoire par l'utérus, qui avait été basculé en arrière contre le rectum pour remplacer le lambeau péritonéal antérieur. C'est à Chaput que revient classiquement le terme et le procédé du cloisonnement du petit bassin.

Dans le *Lyon médical*, en 1895, Condamin insiste sur l'obligation pour le chirurgien de « recouvrir la surface cruentée des pédicules en adossant les bords de la séreuse ». Delbet, en

1895 (Congrès chir.), insiste aussi sur cette importante question.

Dans la Polyclinique de Bruxelles, en 1896, Jacobs joint à la péritonisation une trachéolopexie en fixant le moignon cervical à la partie supérieure et externe de ce qui reste du ligament large après hystérectomie. Nous insistons un peu sur ce procédé, car celui du professeur Guyot s'en inspire, et l'un de ses avantages, justement, consiste en ce soutien, en cette élévation du col utérin.

Quénu, en 1898, par la péritonisation après appendicectomie (*Journal des Praticiens*), Legueu, en 1901, mettaient définitivement en honneur ce principe de combler le vide laissé par une ablation d'organe et d'en effacer toute trace en dissimulant pédicule et cicatrice sous le péritoine.

Avec Bardenheuer, en 1894 (*Bliesner, Monatsrft, Fur Gehertshulfe and Gynécol*), s'ouvre une nouvelle période où l'on pense au péritoine lui-même plus qu'au pédicule qu'il doit recouvrir. La nécessité absolue de « raccommoder la séreuse » en unissant toujours ses deux feuillets séparés ou en cloisonnant le petit bassin devient une loi pour tous. Les travaux se multiplient.

Quénu, en 1899 (XIII^e Congrès de chir.); Duret, à la même époque; Jonesco (Société chir. Bucarest), Reynier (Congrès internat. chir., 1900), et surtout Amann (*Idem*), érigent en principe absolu la péritonisation.

Amann, partout cité pour son important mémoire, met bien en évidence l'autoplastie péritonéale qu'il pratique au niveau des pertes de la substance de la séreuse, soit en mobilisant et en transplantant le péritoine voisin, soit en y transportant les organes recouverts de péritoine. Il insiste à ce propos sur le rôle de l'anse sigmoïde.

Après les travaux de Quénu et Longuet, en 1900 (*Rev. chir.*), de Quénu et Judet (*Rev. chir.*, 1901) et la thèse de Judet sur la péritonisation (Paris, 1902), Quénu reprend la question et en trace un magistral historique à la Société de chirurgie en 1903.

Depuis cette époque, quelques travaux isolés ont été publiés : celui de Hénaut (*Journal belge de chirurgie*, 1910) sur la péritonisation haute et le drainage en gynécologie; il présente l'emploi d'une bourse péritonéale pour cloisonner le petit bassin; celui de Summers (*Surgery-Gynecol. Obst.*, 1911) sur la péritonisation en chirurgie pelvienne et en particulier sur l'emploi de l'S iliaque dans ce but.

D'autres travaux isolés ont été encore publiés ces dernières années, mais rien de particulièrement saillant ni rien de particulièrement original comme technique qui mérite soit d'être cité, soit une étude particulière.

*
**

Où donc en est, à l'heure actuelle, la technique de la péritonisation? On peut en décrire deux tout à fait différentes et répondant à des buts anatomiques précis.

Dans un premier procédé, partant de l'angle droit de l'incision péritonéale, on unit par un surjet les deux lèvres antérieures et postérieures du péritoine, en prenant bien soin d'enfouir les trois pédicules de chaque côté. Il faut donc que la séreuse postérieure existe et il faut qu'elle soit en assez bon état pour supporter un surjet. C'est le procédé le plus habituellement employé après toutes les opérations gynécologiques, réalisable dans le plus grand nombre des cas et qui donne d'ailleurs toute satisfaction. On peut lui reprocher simplement d'être un peu long et de laisser dans le ventre une ligne cicatricielle péritonéale assez longue pour favoriser, soit l'hiatus où pourra s'étrangler une anse grêle, soit une zone trop étendue favorisant les adhérences. Par ailleurs, il est quelquefois délicat par ce procédé d'enfouir les pédicules externes, et trop souvent nous les avons vus faire saillie en dehors du surjet de péritonisation.

Si la surface péritonéale postérieure manque, si, trop friable, elle se déchire facilement sur le catgut, on est conduit à unir par un surjet l'anse sigmoïde étalée sur la brèche au

feuillet péritonéal antérieur. Il reste au-dessous de cette tente séreuse un petit bassin dépéritonisé, le plus souvent suintant et hémorragique, qu'on draine par drainage abdominal ou vaginal. Tel est le cloisonnement du petit bassin (*à la Chaput*) utilisé souvent dans la pratique gynécologique. Remarquons que ces deux procédés ne peuvent se comparer, car cloisonner un petit bassin ne revient pas du tout à le péritoniser. On obtient en effet, par cette technique, un isolement complet du foyer par rapport au haut ventre, mais ce foyer lui-même ne bénéficie en aucune façon des propriétés bienfaisantes de la cicatrisation péritonéale. Il évolue pour son propre compte, ne risquant plus d'infecter le grand péritoine, mais non aidé par celui-ci à se défendre.

Tels sont les deux procédés vulgairement employés et grâce auxquels on peut toujours terminer une opération gynécologique. Exceptionnellement, on vient à employer le Mikulicz. C'est en 1886 que Mikulicz, chirurgien de Breslau, le décrit comme moyen de pansement intra-abdominal, à la fois tamponnement et drainage. Le professeur agrégé Papin, dans un rapport à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux sur le Mikulicz (nov. 1927, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*), en rappelle la définition que donnait son auteur : « Je prends, dit-il, un morceau de gaze iodoformée de la dimension d'un grand mouchoir; au milieu de celui-ci est solidement cousu un bon fil de soie. La partie intra-abdominale de l'opération étant terminée, on dispose le morceau de gaze en forme de blague à tabac, de façon que le fil soit situé en dedans, son extrémité fixe correspondant au fond et son extrémité libre sortant au dehors. On enfonce cette bourse avec une pince jusqu'au fond du petit bassin. Puis on remplit la bourse avec de longues bandes de gaze, de façon que ses parois soient partout en contact avec la plaie. Le fil fixé au fond de la bourse sert à l'enlever en la retournant. » Dupuytren en 1817, Ambroise Paré avec sa « tente », avaient déjà préconisé pareil pansement. De nos jours, Jean-Louis Faure s'en est fait le champion, et on sait combien cette année 1927 vit sur ce sujet de discussions à la Société de chirurgie.

Il semble donc, à la suite de Jean-Louis Faure, qu'on doive souvent préférer au fini de l'opération, dont la bonne péritonisation est la signature, ce procédé ancien, moins élégant, mais, dit-on, plus sûr. Nous renvoyons à l'article fort éclectique et documenté du professeur agrégé Papin pour l'estimation des avantages et des inconvénients du procédé, qui n'est pas d'ailleurs admis par tous (Villard, Albertin, Hartmann, Lecène, P. Duval). Signalons également la thèse de Berge (*Drainage à la Mikulicz en chirurgie gynécologique*, Bordeaux, 1926-1927), inspirée par le professeur Guyot, faite dans son service, et qui collationne de nombreuses observations.

Nous n'avons rapporté tous ces faits et toutes ces discussions que pour bien poser le problème : ou bien on péritonise, et dans ce cas, comme nous allons le voir, le procédé du professeur Guyot est une des techniques qui, dans certains cas, peut rendre des services par sa simplicité, et sa rapidité, ou bien on met un Mikulicz et, ici également, une modification du procédé permet d'employer une technique mixte que nous recommandons et qui consiste à péritoniser les deux angles externes pour placer un Mikulicz au milieu. Nous y reviendrons, et ce n'est pas la partie la moins importante de notre travail.

TECHNIQUE

L'hystérectomie étant terminée, les pédicules, coupés le plus près possible de l'utérus, étant liés et repérés par des pinces, on se débarrasse des compresses qui protègent le Douglas. Le col est habituellement suturé par trois points séparés, et le fil médian est repéré également par une pince. Un bon éclairage en position de Trendelenburg (le scialytique est tout à fait commode) permet de repérer facilement les deux feuillets péritonéaux. Le feuillet antérieur peut avoir été rétracté trop vigoureusement vers le fond du bassin par la valve, et on peut, si l'on n'y fait pas attention, se tromper et prendre à sa place le feuillet pariétal. Il suffit d'y penser. De même, bien souvent, la valve médiane de l'écarteur de Ricard tire trop vigoureusement sur la vessie, et ce même feuillet antérieur rétracté ne se prête pas à la suture. Il convient alors de supprimer cette valve médiane, dont le besoin, d'ailleurs, ne se fait plus sentir. On aura ainsi plus de jeu pour exécuter notre procédé de péritonisation.

Le feuillet postérieur doit être lui-même soigneusement repéré. Il n'est pas indispensable de décoller un court lambeau postérieur au niveau du col. La technique en serait compliquée. Il nous a toujours semblé que ce décollement était hémorragique et que le lambeau obtenu suinte régulièrement. Il faut surtout penser à l'uretère, qui suit partout en général

la section péritonéale postérieure, et si l'aiguille antérieure ne doit pas perforer la vessie, l'aiguille postérieure ne doit pas embrocher l'uretère. De même, se méfier des échappées sur les pédicules, qui causeraient des hématomes gênants et dangereux.

Le procédé consiste à faire, de chaque côté d'un point médian placé au niveau du col, une bourse péritonéale qui réunit les deux feuillets de la séreuse pelvienne. Voici comment il se pratique :

Un long fil de catgut 0 et résistant est noué par son milieu, unissant la ligne de faite péritonéale antérieure à la partie postérieure du col. On a ainsi encapuchonné celui-ci sous le lambeau antérieur et on dispose de deux chefs. L'un d'eux, repéré par une pince hors du ventre, est confié à un aide. On coupe le fil repérant le col. Avec un chef, on va faire une bourse droite; avec l'autre, une bourse gauche.

Par où faut-il commencer? Par le côté qui paraît le plus difficile au point de vue manque de péritoine. En effet, si on mène à bien celui-là, l'autre côté, plus riche en séreuse, se laissera péritoniser ensuite plus facilement.

Quel instrument employer? Si l'on est deux, la grande aiguille courbe et fine de Réverdin. Si l'on opère seul, le porte-aiguille de Dartigues peut rendre des services. (On le manœuvre en sens inverse de l'aiguille de Réverdin, que nous supposerons seule employée.)

Comment exécuter la bourse? L'aiguille, partant du dos du pédicule utéro-ovarien choisi, va se faufiler au niveau de la ligne de section du péritoine *pariétal postérieur*. C'est par lui qu'il faut en effet commencer, car c'est le plus délicat à saisir. Elle arrive près du col et prend un peu de la séreuse et du tissu de la face postérieure de celui-ci, à côté du point médian. L'un des deux chefs est alors chargé par elle et sort, rapidement ramené par l'aiguille, à l'angle externe de l'incision de la séreuse.

L'aide serre un peu le catgut pour rapprocher les ligaments du col. L'aiguille repart du point médian et se faufile le long

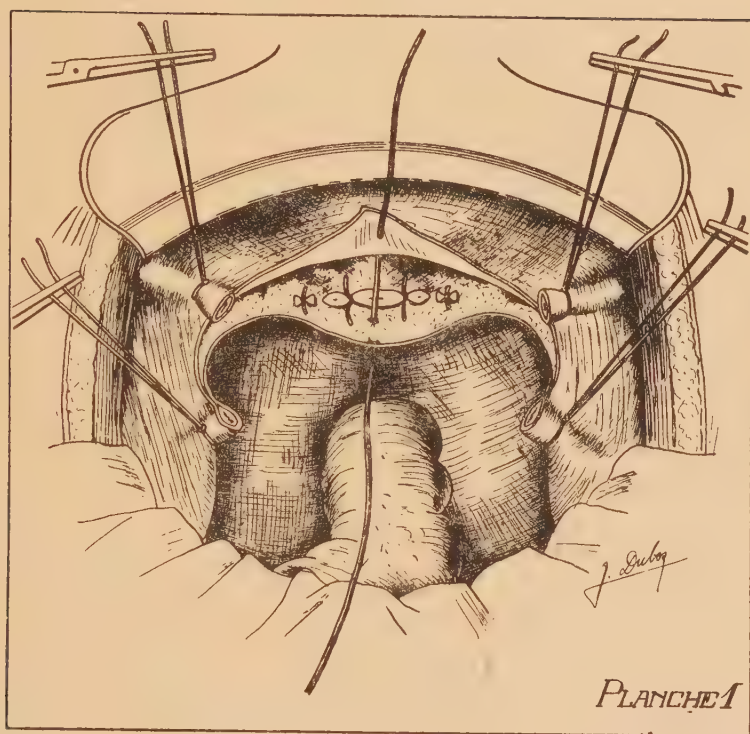
de la ligne de faite péritonéale antérieure *passant sur le dos* du ligament rond et venant reprendre sur le dos du ligament utéro-ovarien l'extrémité du fil qui venait d'y être conduit.

A ce moment, l'aide serre le fil en l'attirant en dedans vers la ligne médiane pour faire fermer la bourse ainsi préparée. Cependant le chirurgien de la pince plate à disséquer y enfouit les pédicules ronds et utéro-ovarien.

L'aiguille charge alors les deux lambeaux antérieurs et postérieurs près du point médian d'arrière en avant. Le fil est ainsi passé incomplètement, et on n'a plus qu'à arrêter la bourse comme un véritable surjet en unissant les deux chefs d'un côté à l'unique du côté opposé. On peut également, si l'on préfère, unir par un nœud triple et solide le fil de la bourse au fil médian qui reste inemployé en gardant le chef le plus court; ensuite on aura de quoi arrêter de la même façon l'autre bourse faite maintenant du côté opposé.

La précaution essentielle à ce moment d'arrêt de la bourse est pour l'aide de tenir bien serré son catgut. Sans cela, la bourse se desserre et il s'ensuit un hiatus péritonéal dangereux par où les pédicules peuvent s'évaginer et où une anse intestinale peut venir adhérer ou s'étrangler. Une bonne précaution consiste, pour l'opérateur, à ne pas faire faire le nœud du chirurgien pour que le fil glisse mieux, mais à le tenir serré jusqu'au deuxième et troisième nœud par une pince plate. Ce petit moyen est excellent et donne toute sécurité. Il ne faut pas, cependant, pincer le fil avec une pince à forcipressure, car elle écrase le catgut, qui ensuite casse plus facilement, au grand émoi de l'aide, qui n'en peut mais, devant la colère du chirurgien... responsable.

Le résultat de cette technique est parfait au point de vue qualité et esthétique de la péritonisation. Le péritoine pelvien est intégralement reconstitué dans son anatomie normale. On voit la saillie médiane du col, attiré en haut, et sur les côtés deux cordes péritonéales tendues aux parois du petit bassin et en arrière qui reconstituent l'apparence du pelvis normal, qui mettent en évidence le Douglas et qui forment



PREMIER TEMPS. — Le fil médian prenant le péritoine et la lèvre postérieure du col et l'unissant au lambeau vésical antérieur est en place.

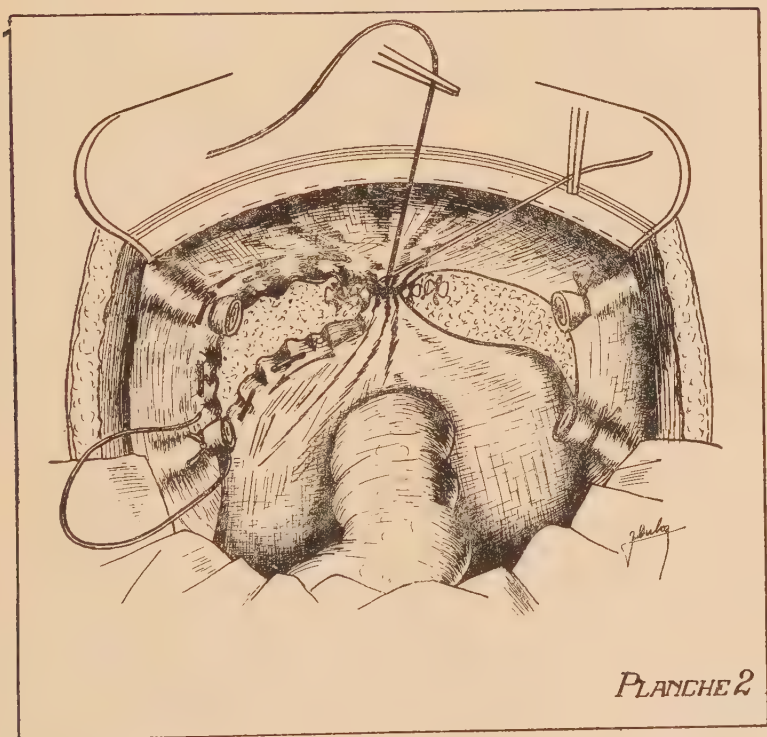


PLANCHE 2

DEUXIÈME TEMPS. — Le point médian est fait. Préparation
de l'hémi-bourse gauche.

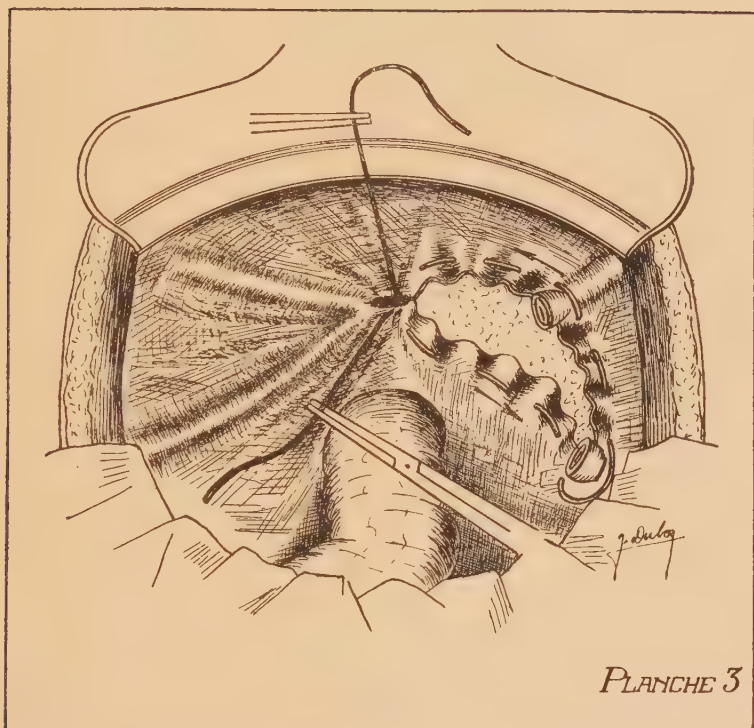
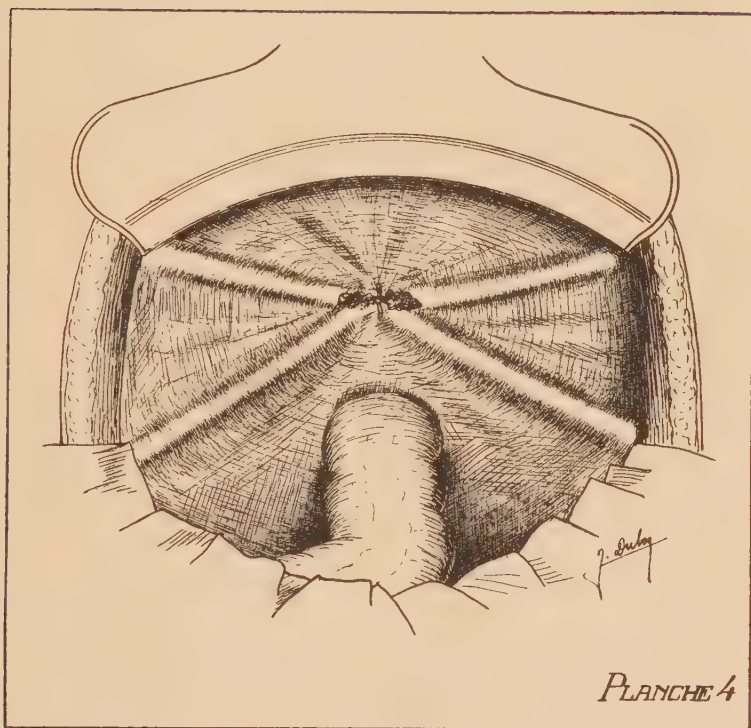


PLANCHE 3

TROISIÈME TEMPS. — La bourse gauche est exécutée. Préparation
de l'hémi-bourse droite.



QUATRIÈME TEMPS. — Les deux bourses sont terminées. Aspect définitif de la péritonisation réduite à une minime surface, soutenant le col et reproduisant l'aspect normal d'un petit bassin.

un véritable plancher pelvien, où la surface séreuse cicatricielle est réduite à un point. Telle est la technique que nous préconisons.

Il a paru, dans la *Presse médicale* du 14 décembre 1927, un article signé Delvaux, du Luxembourg, et intitulé : « Un procédé rapide et pratique de péritonisation dans les hystérectomies subtotaies. » Cet auteur décrit ainsi son procédé : Deux fils sont placés de chaque côté du col laissé ouvert; ils unissent en un bloc les deux lèvres du col, les deux lignes de faite péritonéales, antérieure et postérieure, et les deux moignons des pédicules ronds et larges, attirés vers la ligne médiane. Il faut encore deux ou trois points de catgut pour péritoniser le moignon du col à sa partie médiane et pour recouvrir en plus les moignons des quatre pédicules.

Ce procédé, qui semble analogue à première vue à celui que nous décrivons, s'en différencie par plusieurs points. Le col est laissé ouvert, alors que nous le fermons soigneusement après l'avoir cautérisé au thermo. De plus, les fils péritonéaux perforent les lèvres de ce col. Ignorants où nous sommes de l'infection possible de celui-ci, n'est-il pas imprudent de péritoniser avec un fil peut-être septique?

L'acte chirurgical est également plus complexe. Il faut plusieurs fils de catgut (3 ou 4, écrit l'auteur) pour mener à bien ce procédé. Enfin il est une notion capitale à nos yeux, c'est la surface minime de péritonisation que laisse le procédé du professeur Guyot. Ici, au contraire, elle est presque aussi importante qu'après la technique ordinaire. Pour toutes ces raisons, notre technique, différant de celle de M. Delvaux, nous semble supérieure. Il nous reste maintenant à étudier les avantages et les inconvénients.

AVANTAGES .— INCONVENIENTS. — INDICATIONS

I. — Avantages.

1° *Rapidité.* — C'est le premier des avantages du procédé du professeur Guyot. Il raccourcit considérablement l'horaire d'une hystérectomie. Bien souvent, en seize ou dix-huit minutes (en vingt minutes en moyenne), on peut avoir complètement terminé l'opération. Et ce n'est pas un mince avantage que cette rapidité opératoire, surtout pour des malades choqués ou fatigués.

2° *L'esthétique du petit bassin* est, ainsi que nous l'avons fait remarquer, parfaitement reconstitué. On peut dire, d'une façon générale en chirurgie, que la reconstitution de la forme va de pair avec le rétablissement de la fonction. S'il est peut-être moins utile au niveau du petit bassin de s'en préoccuper autant qu'au niveau des autres régions, il n'en est pas moins vrai que le chirurgien se sent satisfait devant un plancher pelvien aussi complètement restauré. Nous verrons que la fonction également est respectée par notre procédé.

3° *La solidité* de cette péritonisation faite en deux parties est parfaite. Souvent les chirurgiens consolident par un ou deux points supplémentaires le surjet ordinaire de droite à gauche. Ici, il n'en est pas besoin, et les deux bourses péritonéales ne demandent pas à être renforcées. C'est qu'en effet, de tous les procédés de péritonisation, la bourse est de beaucoup le plus satisfaisant pour cette raison et pour la raison suivante (Voir son emploi en chirurgie gastro-intestinale).

« Tuto Cito et Jucunde », voilà la devise du procédé du professeur Guyot.

4° *La surface de péritonisation* minime est réduite à un point médian par suite des « fronces des bourses ». C'est toujours le but vers lequel on doit tendre en chirurgie péritonéale, car moins la cicatrice séreuse est étendue, moins grands seront les risques d'adhérences secondaires. C'est un très grand avantage de ce procédé, et nous ne croyons pas qu'il puisse exister ici de ces observations, fréquentes avec le surjet habituel, d'anse grêle adhérente ou étranglée au niveau de la suture péritonéale.

5° *Une véritable trachéopexie* analogue à celle que décrivait Jacobs (Voir plus haut) est réalisée enfin par notre technique. On conçoit aisément que le col utérin solidarisé aux pédicules de chaque côté est ainsi fortement attiré vers le haut et maintenu dans cette position. Les avantages de cette situation sont doubles :

a) Pas de ces troubles urinaires sur lesquels Oraison (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1927) vient récemment d'attirer l'attention, fréquents chez les femmes hystérectomisées, qui ont une vessie qui tombe en arrière avec le col privé de ses moyens de suspension. Ces vessies irritables, ces fausses cystites, disparaissent des suites opératoires éloignées, pour le plus grand plaisir de l'opérateur.

b) Le prolapsus secondaire cervico-vaginal est également entravé. La trachéopexie faite empêche absolument la chute du col et le déroulement du vagin. Chez les malades opérées et revues longtemps après (Voir observations), toujours le col était à bout de doigt, toujours maintenu solidement au fond du vagin, et non pas ballottant, mobile et incapable de résister à la poussée abdominale.

C'est un très grand avantage, le plus grand peut-être de notre technique, et il méritait d'être étudié en détail.

Tels sont les avantages multiples de ce procédé de péritonisation. Voyons-en également les inconvénients; nous serons bien placés, ensuite, pour en étudier les indications.

II. — Inconvénients.

1° *Notre technique n'est pas toujours possible.* Et c'est ce qui en limite les indications. L'impossibilité de l'employer provient ou bien des pédicules ou bien du péritoine.

a) *Les pédicules* doivent être, nous l'avons dit, gardés très longs. Il est évident que si on les a coupés au ras du bassin ou que s'ils étaient anatomiquement courts, il devient impossible de réaliser la bourse péritonéale. Il faut y penser lorsqu'on sectionne, ne pas s'entêter si « cela ne vient pas ».

b) *L'état du péritoine* est également très important, et tout d'abord il peut manquer (grosse tumeur incluse, dépéritonisation étendue, surtout du Douglas, où a disparu le feuillet postérieur). Dans ce cas, il faut renoncer à notre technique. Mais le péritoine pelvien peut être en assez grande quantité et inutilisable. C'est le cas de ces feuillets péritonéaux que l'on observe chez les infectés et qui sont devenus indurés et friables. L'association, en effet, de la fragilité de la séreuse à l'infiltration inflammatoire du tissu cellulaire de glissement défend absolument toute traction et par suite contre-indique notre procédé. Il faut bien dire que, le plus souvent, on n'aura pas même l'idée de l'employer et qu'on sera réduit ici à la suture vésico-sigmoïdienne, c'est-à-dire au cloisonnement du petit bassin « à la Chaput ».

2° *On peut à la rigueur reprocher* à cette péritonisation la formation d'un *espace mort* entre les deux feuillets péritonéaux, plus considérable que dans le procédé habituel et plus apte peut-être à recevoir des hématomes. Cette crainte nous semble plus théorique que réelle, et nous n'avons pas relevé d'observations où elle ait été vérifiée.

3° *La traction des divers pédicules favoriserait* pour beaucoup l'apparition de petites déchirures vasculaires, cause de thromboses veineuses et par suite d'embolies. Dans une de nos observations, en effet (Obs. XVIII), une malade opérée suivant

cette technique mourut brusquement, probablement d'embolie. Mais quel est le procédé en chirurgie générale qui n'est jamais suivi de cette terrible et imprévisible complication? Et il n'est pas du tout prouvé qu'il puisse y être pour quelque chose. Nous savons combien les causes d'embolie sont mystérieuses et nous échappent. La constance de leurs proportions (1 à 3 p. 100), quelles que soient les techniques, prouvent bien le peu d'influence que nous avons sur elles. D'ailleurs, le professeur Guyot n'a pas remarqué depuis qu'il emploie ce procédé plus de complications de cette nature qu'avec un autre. Rien ne vaudra jamais contre cette expérience.

III. — Indications.

Les indications du procédé découlent facilement de cette rapide étude.

1° *Et tout d'abord, lorsqu'il faudra aller vite*, on l'emploiera surtout. Faire une hystérectomie avec excellente péritonisation en quinze à vingt minutes est chose précieuse pour une malade fatiguée et même, toutes choses égales, pour une malade qui ne l'est pas.

2° *C'est ensuite lorsqu'il y aura du péritoine sain* en assez grande quantité que s'imposera l'emploi de cette technique. On ne l'emploiera donc pas chez les infectées, chez les dépéritonisées (annexites doubles par exemple). Le type de l'opération favorable est celui du fibrome utérin ou de métro-annexite banale ou du kyste double de l'ovaire. On peut dire que ces interventions sont fréquentes, mais ce n'est pas toute la gynécologie. Nous le répétons : que notre procédé ne soit pas toujours applicable est son principal défaut.

MIKULICZ ET PERITONISATION

Nous avons opposé en un précédent chapitre le Mikulicz technique de tamponnement large à la péritonisation, quel que soit le procédé employé. Il est peut-être exagéré de raisonner ainsi. En réalité, les deux procédés ont leurs indications. Celles du Mikulicz sont, à l'heure actuelle, fort nettes et ressortent clairement des récentes discussions à la Société de chirurgie.

Résumant rapidement cette discussion, nous dirons :

1° En chirurgie générale, et en particulier gastro-intestinale, il est à peu près universellement condamné par la majorité des chirurgiens.

2° En chirurgie gynécologique, l'accord s'est fait sur son emploi pour le cancer du col. Dans certaines hystérectomies difficiles et après rupture ou exérèse de collections purulentes, il peut être indiqué. Enfin, chez les grasses, où la péritonisation est délicate (profondeur, hémostase pénible, sommeil anesthésique mauvais, opération laborieuse et nécessité de terminer vite), il voit, à notre avis, une de ses principales indications. On a trop peu insisté, pensons-nous, sur ce dernier point dans la discussion. Combien de ces femmes obèses, à la limite de l'opérabilité, ont été sauvées grâce à un Mikulicz « de recours ». C'est parce que nous l'avons bien souvent vu que nous nous croyons autorisé à l'écrire.

3° En chirurgie d'urgence également, le Mikulicz est d'un précieux secours; on a également pu insister sur ses avantages au cours de laparotomie pour plaies intestinales, perfo-

ration de collections purulentes telles que : pyosalpinx; pour éviscération postopératoire. Dans l'hystérectomie d'urgence avec pinces à demeure sans ligatures, quel merveilleux auxiliaire du chirurgien, et combien de malades lui doivent la vie !

Cependant une telle méthode n'est pas sans offrir des inconvénients. Nous passons sur la plupart d'entre eux, tels que longue durée, fistules intestinales, éventrations, etc. Une seule nous retiendra. C'est l'occlusion postopératoire. On voit en effet parfois, du troisième au douzième jour, survenir des accidents d'occlusion graves sur le grêle après pose d'un Mikulicz. Que s'est-il passé ? Une anse grêle est venue s'accoler à la surface dépéritonisée, mal protégée, découverte (car trop large et remontant trop haut) par le sac de compresses. Adhérences inflammatoires secondaires, subocclusion, puis occlusion vraie par couture, telle est la marche de cette complication. Le docteur Jean Villar, chef de clinique à la Faculté, nous rapportait un cas absolument typique observé dans le service d'un de ses maîtres alors qu'il était interne. Il s'agissait d'une opération de Wertheim, dont la malade mourut d'occlusion sur le grêle au huitième jour, après une purgation qui avait déclenché les symptômes. A l'autopsie, la dernière anse iléale était intimement adhérente et cousue au niveau du pédicule utéro-ovarien droit dépéritonisé et non protégé par le sac du Mikulicz, pas assez étalé ou rétracté (?) N'y a-t-il pas moyen d'éviter cet écueil ?

La péritonisation des angles est un excellent moyen de protection. Elle est employée assez souvent par le professeur Guyot, chaque fois tout au moins que l'allongement de la durée de l'opération peut être facilement supporté par la malade. C'est une variante du procédé que nous décrivons et c'est pourquoi nous y insistons actuellement.

Deux bourses péritonéales externes sont faites à chaque angle de l'incision péritonéale. Elles n'atteignent pas la ligne médiane, loin de là, mais contribuent à former un hémipancher pelvien sérieux qui va rétrécir encore la brèche de

communication entre le grand abdomen et le petit bassin. On se sert, pour faire ces bourses, du feuillet péritonéal antérieur et en arrière du pédicule rond et utéro-ovarien (qui se trouvent ainsi enfouis) et plus en arrière de ce qu'on trouve comme péritoine pariétal (feuillet du méso-sigmoïde à gauche; péritoine pariétal postérieur à droite). C'est dans le vaste hiatus médian qu'on place le sac de Mikulicz, et ainsi se trouvent réalisés deux avantages :

1° Les angles péritonisés ne sont plus dangereux;

2° Le couvercle séreux pelvien est presque rétabli. Le drainage se fait médialement et rien ne risque de s'écouler par les côtés du ptit bassin vers le grand abdomen. Nous ne voyons que des avantages à cette manière de faire, et nous la recommandons vivement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

G... (Clotilde), 43 ans. Douleurs abdominales, hémorragies, gros utérus métritique, ovarite scléro-kystique.

Hystérectomie subtotale le 24 janvier 1925 (professeur Guyot); ligature directe de tous les pédicules, fermeture en bourse du péritoine par le procédé du professeur Guyot. Réunion facile. Appendicectomie. Celle-ci terminée, on s'aperçoit que la bourse péritonéale droite a cédé; on est obligé de la refaire. Drain abdominal, fermeture en trois plans. Durée : quarante minutes.

Suites opératoires : Bronchite légère, petit hématome de la paroi. Sortie guérie le 19 février 1925.

Revue le 28 janvier 1928 : Très bon état général qui lui permet un travail pénible; pas de pertes; aucune douleur abdominale, ni aux rapports. A l'examen, ventre souple, indolore. Au toucher, on trouve le col très haut, et, à bout de doigt, normal; aucune amorce de prolapsus.

OBSERVATION II.

V... (Marie), 47 ans. Métrorragies, gros utérus bosselé. Diagnostic : fibrome utérin. A subi quatorze séances de radiothérapie.

Hystérectomie subtotale le 21 février 1925 (professeur Guyot); ligatures directes de tous les pédicules; péritonisation facile par le procédé personnel du professeur Guyot; pas de drainage; fermeture en trois plans. Durée : vingt-huit minutes.

Suites opératoires : Normales; guérison *per primam*. Sortie guérie le 19 mars 1925.

Revue le 28 janvier 1928 : Excellent état général; travaux pénibles possibles; au toucher, col normal non douloureux, haut situé: culs-de-sac souples.

OBSERVATION III.

C... (Cécile), 44 ans. Métrorragies, douleurs abdominales, gros fibrome bosselé, mobile.

Hystérectomie subtotale le 4 avril 1925 (professeur Guyot); ligatures directes des pédicules; péritonisation facile par deux bourses bilatérales. Durée : vingt-cinq minutes.

Suites opératoires tout à fait normales; sortie guérie le 25 avril. Pas de nouvelles depuis.

OBSERVATION IV.

D... (Emma), 45 ans. Douleurs abdominales sans métrorragies; traitée par le professeur Réchou pour fibrome (?) par application d'un tube de radium le 23 juillet 1924. La durée de l'application fut de vingt-sept heures. Depuis le mois d'août, plus aucune perte sanguine. La malade continuant à souffrir entre à l'Hôpital du Tondu. A l'examen, ventre douloureux, corps utérin un peu gros, cul-de-sac droit empâté et douloureux.

Hystérectomie subtotale le 10 juillet 1925 (professeur Guyot). Nombreuses adhérences entre la vessie, l'épiploon et le péritoine vésico-utérin. Ligatures directes des pédicules du côté droit, entre deux pinces du côté gauche; péritonisation facile en double bourse: fermeture sans drainage en trois plans. Durée : trente et une minutes.

Suites opératoires tout à fait normales. Exeat, guérie *per primam*, le 1^{er} août 1925.

Revue le 25 janvier 1928 : Excellent état général: aucun trouble fonctionnel; col haut situé à bout de doigt, mobile, non douloureux; culs-de-sac libres; pas la moindre trace de prolapsus.

OBSERVATION V.

S... (Marthe), 44 ans. Douleurs abdominales et métrorragie. Utérus fibromateux.

Hystérectomie subtotale le 11 juillet 1925 (professeur Guyot). Ligature directe de tous les pédicules à droite, après section entre deux pinces à gauche. Péritonisation facile en double bourse avec trachéolopexie. Appendicectomie complémentaire; fermeture en trois plans sans drainage. Durée : vingt-six minutes.

Suites opératoires normales; guérison *per primam*; sortie le 11 août 1925.

Renseignements écrits, donnés par la malade le 24 janvier 1928 : Se trouve en excellent état général, aucun trouble fonctionnel d'aucune sorte, n'a pu être examinée.

OBSERVATION VI.

C... (Marie), 51 ans. Métrorragies abondantes; polype fibreux utérin avec gros utérus bosselé.

Hystérectomie subtotale le 19 février 1926 (professeur Guyot). Opération simple ; péritonisation en double bourse avec trachéolopexie; fermeture en trois plans avec drainage abdominal. Durée : vingt minutes.

Suites opératoires normales; sortie guérie au vingtième jour.

Cette malade n'a pu être revue.

OBSERVATION VII.

L... (Jeanne), 39 ans. Douleurs abdominales et métrorragies abondantes; gros utérus, bosselé et douloureux, manifestement fibromateux.

Hystérectomie subtotale le 27 mars 1926 (professeur Guyot). Ligature seconde après pincement des pédicules. Péritonisation par le pro-

céder personnel du professeur Guyot. Fermeture en trois plans avec drainage abdominal. Durée : vingt-huit minutes.

Suites opératoires normales; guérison *per primam*; exeat le 18 avril 1926.

Cette malade n'a pu être revue.

OBSERVATION VIII.

E... (Jeanne), 41 ans. Fibrome et grossesse. Accouchement normal le 28 décembre 1925. Revient pour se faire opérer dans le service à l'Hôpital du Tondu le 29 avril 1926. Gros utérus fibromateux mobile, non douloureux.

Hystérectomie subtotale le 2 mai 1926 (professeur Guyot). Ligature directe de tous les pédicules; péritonisation en double bourse; fermeture sur un drain n° 9 en trois plans. Durée : vingt-trois minutes.

Suites opératoires normales; guérison *per primam*, exeat le 26 mai 1926.

Cette malade n'a pu être revue.

OBSERVATION IX.

S... (Lucie), 34 ans. Douleurs abdominales et métrorragies.

Gros utérus, en rétroversion, fibromateux avec annexite bilatérale.

Hystérectomie subtotale le 15 mai 1926 (professeur Guyot). Opération facile; hémostase seconde de tous les pédicules; péritonisation facile en double bourse. Appendicectomie complémentaire : fermeture de la paroi en trois plans sans drainage. Durée : vingt-quatre minutes.

Suites opératoires normales. Guérison *per primam*. Sortie guérie au vingtième jour.

Cette malade est revue le 30 janvier 1928. Excellent état général; aucun trouble fonctionnel; toucher normal; col haut situé, non douloureux.

OBSERVATION X.

D... (Yvonne), 33 ans. Ménorragies et métrorragies. Gros utérus fibromateux.

Hystérectomie subtotale le 26 juin 1926 (professeur Guyot). Opération simple par ligature directe des pédicules et péritonisation en double bourse. Appendicectomie complémentaire; pas de drainage abdominal; fermeture en trois plans. Durée : vingt-cinq minutes.

Suites opératoires normales. Guérison *per primam*. Sortie le 20 juillet 1926.

Cette malade a été revue le 28 janvier 1928; excellent état général; fait facilement un travail pénible; aucun trouble fonctionnel. le ventre est souple, non douloureux; la cicatrice opératoire est normale. Au toucher, le col est au fond du vagin; les culs-de-sac sont normaux; aucune trace de prolapsus.

OBSERVATION XI.

Veuve D..., 45 ans. Douleurs abdominales, métrorragies et grosse tumeur. Gros fibrome bosselé et douloureux, peu mobile. Hystérométrie positive (13 cm.).

Hystérectomie subtotale le 8 janvier 1927 (professeur Guyot). Hystérectomie difficile. Tumeur incluse du côté droit : ligatures secondes des pédicules: péritonisation en double bourse difficile du côté droit, qui était le côté de l'inclusion. Appendicectomie complémentaire; fermeture en trois plans sur un drain abdominal. Durée : trente minutes.

Suites opératoires normales. Guérison *per primam*. Sortie guérie le 28 janvier 1927.

Revue le 28 janvier 1928. Excellent état général et local; pas de signe fonctionnel de prolapsus.

OBSERVATION XII.

R... (Mélanie), 41 ans. Métrorragie et tumeur abdominale. Gros fibrome bosselé, mobile, non douloureux. Hystérométrie positive (15 cm.).

Hystérectomie subtotale le 21 avril 1927 (professeur Guyot). Opération facile: ligatures secondes de tous les pédicules; péritonisation facile en double bourse; pas de drainage abdominal; fermeture en trois plans. Durée : vingt minutes.

Suites opératoires normales. Guérison *per primam*. Sortie le 14 mai 1927.

Cette malade n'a pu être revue.

OBSERVATION XIII.

R... (Pauline), 46 ans. Douleurs abdominales, métrorragies. Opération de Willy Meyer il y a huit ans, en 1919. Le diagnostic de fibrome utérin et ovaire droit kystique est porté.

Hystérectomie subtotale le 26 avril 1927 (professeur Guyot). Opération facile : péritonisation en double bourse. Fermeture en trois plans sur un drain abdominal. Durée : vingt minutes.

Suites opératoires difficiles les premiers jours; température à 38 degrés et pouls à 130. Guérison *per primam*. Exeat le 28 mai 1927.

Cette malade a été revue le 28 janvier 1928. Très bon état local et général; peut travailler sans aucune fatigue; aucun trouble fonctionnel; pas de pertes. Col très haut situé, normal; culs-de-sac libres et non douloureux.

OBSERVATION XIV.

I... (Jeanne), 23 ans. Douleurs abdominales; règles irrégulières; gros corps utérin, douloureux, avec annexite gauche et appendicite.

Légère déficience périnéale avec un peu de cystocèle et col abaissé.

Hystérectomie subtotale le 24 mai 1927 (professeur Guyot). Hystérectomie par le procédé américain, avec ligature directe des pédicules droits et seconde des pédicules gauches. Péritonisation en double bourse facile. Appendicectomie complémentaire; fermeture en trois plans sur un drain abdominal. Durée : vingt-huit minutes.

Suites opératoires inquiétantes : les trois premiers jours, température à 39 degrés, pouls à 120. Guérison *per primam*. Exéat le 5 juillet en excellent état.

Cette malade est revue le 25 juillet 1928. Très bon état général et local; pas de douleurs; aucun trouble fonctionnel; pas de pertes. Au toucher, le col, un peu gros, non douloureux, est assez haut situé; les culs-de-sac, libres, sont indolores; l'amorce de prolapsus que présentait la malade au moment de l'intervention semble avoir été à peu près corrigée par celle-ci, grâce à la trachéloplexie qu'elle a subie.

OBSERVATION XV.

C. (Madeleine), 32 ans. Grossesse et fibrome.

Laparotomie le 2 juin 1927 (professeur Rivière et professeur Guyot). Fibromes multiples de l'utérus gravide et, en particulier, gros fibrome interstitiel au niveau du segment inférieur du côté droit qui a repoussé la tête fœtale dans la fosse iliaque gauche. Césarienne qui permet d'extraire un enfant vivant et bien portant.

Hystérectomie subtotale facile par le professeur Guyot. Ligature seconde des pédicules: péritonisation en double bourse. Celle-ci est tout à fait facile du côté gauche par où l'on commence. Elle est plus délicate à exécuter du côté droit, où le péritoine, étant moins grand en abondance, est rétracté. On est obligé de faire un ou deux points supplémentaires au catgut pour parfaire la péritonisation de ce côté. Drain abdominal; fermeture en trois plans. Durée : trente-sept minutes.

Suites opératoires parfaites au début, mais troublées par l'éclotion d'une pyélonéphrite droite qui céda rapidement, en quatre ou cinq jours, à des injections intraveineuses d'uroformine.

Sortie guérie *per primam* le 5 juillet.

Cette malade n'a pu être revue.

OBSERVATION XVI.

L... (Jeanne), 40 ans. Métrorragies; violentes douleurs dans le côté gauche du bas-ventre; tumeur abdominale. Gros fibrome, mollasse, remplissant le cul-de-sac postérieur. Diagnostic : Fibrome en voie de nécrobiose.

Hystérectomie subtotale le 12 juillet 1927 (professeur Guyot). Ligature directe des divers pédicules; péritonisation facile en double bourse; appendicectomie complémentaire. Fermeture en trois plans sur un drain abdominal. Durée : vingt-six minutes.

Suites opératoires normales. Guérison *per primam*. Sort guérie le 3 août 1927.

Cette malade écrit, le 28 juillet 1928, qu'elle ne peut se déplacer pour venir se faire examiner, mais qu'elle est en excellent état local et général.

OBSERVATION XVII.

B... (Lucie), 37 ans. Dysménorrhée; amaigrissement; douleurs abdominales; pertes blanches. Ovariectomie droite et appendicectomie en février 1925 par le professeur Guyot. Gastro-entérostomie postérieure pour ulcère gastrique le 25 juillet 1925 (excellent résultat). A l'examen, on trouve un gros utérus et une annexite gauche.

Hystérectomie subtotale le 16 juillet 1927 (professeur Guyot). Adhérences nombreuses épiploïques, qu'on libère soit avec la paroi, soit au niveau de l'anse sigmoïde, soit au niveau du pédicule droit. Ligature première des pédicules.

Hystérectomie par le procédé américain, en terminant par le côté gauche. Péritonisation en double bourse avec trachélopexie; fermeture de l'abdomen en trois plans sur un drain abdominal n° 10. Durée : trente minutes.

Suites opératoires normales. Guérison *per primam*. Exeat le 6 août 1927, en excellent état.

Cette malade est revue régulièrement à la consultation de

l'Hôpital Boursier. Très bon état local et général; le ventre est souple et non douloureux; le col est très haut situé, à bout de doigt, normal; les culs-de-sac sont libres et non douloureux.

OBSERVATION XVIII.

J... (Mélanie), 38 ans. Douleurs abdominales, avec ténésme rectal et pollakiurie. Dysménorrhée; rétroflexion adhérente irréductible et douloureuse.

Hystérectomie subtotale le 24 septembre 1927 (docteur Jean Villar). Gros utérus violacé, en rétroflexion, avec annexite droite.

Hystérectomie, par le procédé des ligatures directes, de tous les pédicules. Péritonisation en double bourse, rapide et parfaite du côté droit. Du côté gauche, très vasculaire, elle est plus délicate; un petit hématome doit être pincé et deux ligatures sont faites à son niveau. Deux points de catgut isolés sont nécessaires pour parfaire la péritonisation de ce côté, l'aide n'ayant pas suffisamment serré la première bourse.

Appendicectomie complémentaire; le méso, épaissi et friable, se déchire. Cautérisation de la base; iodisation du moignon : enfouissement. Drain abdominal; fermeture en trois plans. Durée : trente-deux minutes.

Suites opératoires : La malade rend des gaz dans les vingt-quatre heures qui suivent l'opération; température à 38 degrés les premiers jours; apyrexie à partir du quatrième jour. Rétention d'urine le cinquième jour. L'instillation de glycérine boriquée intravésicale ne donne aucun résultat. Le sixième jour au soir (température, 37; pouls, 80), on fait une injection intraveineuse d'urotropine. Vers minuit, la malade se dresse sur son lit, pousse un cri et meurt foudroyée.

La nécropsie, faite vingt-quatre heures après, ne permet de rien découvrir au niveau des organes du petit bassin; l'état local est parfait; pas d'hémorragie, ni dans le ventre, ni sous-péritonéale. Pas de thrombose au niveau des divers pédicules, pas de caillots cardiaques dans l'artère pulmonaire.

OBSERVATION XIX.

B... (Jeanne), 49 ans. Douleurs abdominales; métrorragies. Fibrome de la paroi antérieure de l'utérus; femme fatiguée, légèrement azotémique.

Hystérectomie subtotale le 7 septembre 1927 (docteur Jean Villar). Opération facile : ligatures directes de tous les pédicules; péritonisation en double bourse, très facile, car on a conservé beaucoup de péritoine. Fermeture en trois plans sur un drain abdominal. Opération très rapide, n'ayant pas duré plus de seize minutes.

Suites opératoires normales. Guérison *per primam*. Exeat le 28 septembre 1927.

Cette malade n'a pu être revue, mais elle a écrit qu'elle se trouvait très bien au double point de vue local et général.

OBSERVATION XX.

S... (Léonie), 51 ans. Dysménorrhée; rétention d'urine; gros fibrome remplissant le petit bassin et surtout le cul-de-sac postérieur.

Hystérectomie subtotale le 8 novembre 1927 par le professeur Guyot; ligatures directes de tous les pédicules; péritonisation rapide et facile en double bourse; fermeture de la paroi en trois plans sur un drain abdominal. Durée : vingt minutes.

Suites opératoires troublées par une bronchite les deux premiers jours. Légère réaction péritonéale; ballonnement du ventre; état général mauvais. L'état s'aggrave sans aucun phénomène précis et la malade meurt dans le collapsus le 15 novembre.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XXI.

Veuve M..., 35 ans. Métrorragies depuis deux mois. Diagnostic : utérus fibreux avec annexe droite malade.

Hystérectomie simple et facile le 6 décembre 1926 (professeur Guyot), par ligature directe de tous les pédicules, péritonisation en

double bourse, droite et gauche; fermeture de la paroi en trois plans sur un drain abdominal n° 10. Durée : vingt minutes.

Suites opératoires : Malade très fatiguée les cinq premiers jours; hématome suppuré de la paroi, qu'on est obligé de drainer; lavage au Dakin. On doit, le 24 janvier 1928, faire, sous anesthésie locale, une suture secondaire de la zone de désunion supérieure de la cicatrice de la plaie. Légère suppuration. Exeat le 20 février 1928. Guérison.

OBSERVATION XXII.

P... (Suzanne), 23 ans, infirmière. Dysménorrhée: antéflexion utérine irréductible et masse kystique gauche.

Hystérectomie le 9 décembre 1927 (professeur Guyot). Lésion annexielle bilatérale d'apparence bacillaire: ligature première des pédicules: péritonisation en double bourse, fermeture en trois plans sans appendicectomie sur un drain n° 10. Durée : vingt minutes.

Suites opératoires tout à fait normales. Guérison *per primam*. Sort guérie le 2 janvier 1928, ayant subi plusieurs injections intramusculaires d'Hormovarine Byla pour les troubles légers d'insuffisance ovarienne postopératoires.

Cette malade a été revue fin juillet 1928 en excellent état local et général.

OBSERVATION XXIII.

R... (Marguerite), 22 ans. Douleurs abdominales droites et métrorragies. Petit utérus scléreux et annexite droite.

Hystérectomie subtotale le 10 janvier 1928 (professeur Guyot). Opération simple, mais rendue difficile parce que la malade est grasse. Péritonisation en double bourse; appendicectomie complémentaire; fermeture en trois plans sur un drain abdominal n° 10. Durée : vingt-deux minutes.

Suites opératoires normales. Guérison définitive retardée par un petit hématome suppuré de la paroi. Exeat le 5 février. Etat local et général excellent.

OBSERVATION XXIV.

L... (Germaine), 29 ans. Douleurs abdominales; grosse masse annexielle droite, à gauche moins volumineuse. Pyosalpinx double, adhérent.

Hystérectomie subtotale le 16 janvier 1928 (professeur Guyot). Opération rendue délicate par les adhérences: pyosalpinx gauche tordu; hystérectomie de gauche à droite; appendicectomie complémentaire. Péritonisation latérale par deux bourses. On termine par un petit Mikulicz médian à deux mèches; fermeture en trois plans. Durée : trente minutes.

Suites opératoires normales. Ablation du Mikulicz au quatorzième jour.

Exeat le 7 mars 1928. L'examen fait constater un parfait état local et général.

OBSERVATION XXV.

Veuve B..., 49 ans. Douleurs abdominales: métrorragies. Diagnostic : gros fibrome utérin.

Hystérectomie subtotale le 21 février 1928 (professeur Guyot). Ligature première des pédicules; section du col au bistouri et cautérisation au thermo; hémostase des pédicules et péritonisation en double bourse; appendicectomie complémentaire; fermeture en trois plans sur drain n° 10. Durée : vingt-quatre minutes.

Suites opératoires normales.

Exeat le 7 avril 1928 complètement guérie. L'examen local montre les culs-de-sac souples, non douloureux; le col est haut situé.

OBSERVATION XXVI.

Veuve V..., 43 ans. Dysménorrhée, douleurs et tumeur abdominales.

Hystérectomie subtotale le 6 avril 1928 (professeur Guyot) par fibromes multiples de l'utérus. Ligature première des pédicules; sec-

tion du col au bistouri; cautérisation au thermo. Péritonisation en double bourse. Appendicectomie et cœcopexie: fermeture du ventre sans drainage : vingt-six minutes.

Suites opératoires normales. Guérison *per primam*. Exeat le 3 mai 1928. Etat général et local parfait.

OBSERVATION XXVII.

M... (Marguerite), 37 ans. Métrorragie et douleurs abdominales. Annexite bilatérale et gros utérus mou.

Hystérectomie subtotale le 6 juillet 1928 (professeur Guyot). Opération chez une femme qui saigne beaucoup; ligature première des pédicules: section du col au bistouri et cautérisation; péritonisation en double bourse. *Deuxième temps* : Appendicectomie; fermeture de la paroi en trois plans sans drainage. Durée : vingt-sept minutes.

Suites opératoires normales. Guérison *per primam*. Exeat le 27 juillet 1928. Très bon état général et local.

OBSERVATION XXVIII.

G... (Hermine), 31 ans. Gros ovaires kystiques et petit utérus scléreux chez femme qui souffre depuis longtemps. Hystérectomie subtotale le 21 juillet 1928 (professeur Guyot). Opération facile avec ligature première des pédicules; péritonisation en double bourse; appendicectomie complémentaire; fermeture du ventre sans drainage. Durée : vingt-deux minutes. Suites opératoires normales. Guérison *per primam*. Exeat le 14 août en excellent état.

NOTA IMPORTANT. — Tous ces résumés d'observations ont été tirés des archives opératoires de la Clinique gynécologique de Bordeaux (Hôpital du Tondu et Hôpital André Boursier), service de M. le professeur J. Guyot.

CONCLUSIONS

I. — La péritonisation est un des temps capitaux de toute opération gynécologique; elle doit être réalisée minutieusement à la fin de l'intervention, à moins que, pour des raisons exceptionnelles et sur des indications particulières, on ne se résolve à mettre un Mikulicz.

II. — Cette péritonisation s'exécute soit par un surjet de droite à gauche (procédé habituel), soit en unissant au lambeau péritonéal antérieur l'anse sigmoïde (cloisonnement du petit bassin à la Chaput). Ces deux méthodes ont leurs indications propres, que nous avons essayé d'individualiser au cours de ce travail.

III. — *Le procédé de péritonisation du professeur Guyot* est réalisé par la confection de deux bourses péritonéales exécutées de chaque côté d'un point médian prenant le col utérin. Il est sûr, rapide, et combine au rétablissement parfait de l'esthétique de la région une véritable trachéloplexie haute qui prévient le prolapsus secondaire.

IV. — Sa principale indication est celle de l'hystérectomie, qui a ménagé la conservation de lambeaux péritonéaux assez étoffés pour en permettre la réalisation (type hystérectomie pour fibrome).

V. — Ce procédé paraît contre-indiqué dans les salpingites, pelvipéritonites, tumeurs adhérentes ou incluses de l'utérus ou des ovaires.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 30 octobre 1928.
Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

TABLE DES MATIERES

	Pages
Historique.....	11
Technique.....	18
Avantages.....	30
Inconvénients.....	32
Indications.....	33
Mikulicz et péritonisation.....	34
Observations.....	37
Conclusions.....	51

14358. — Bordeaux. — Imprimerie Cadoret, 17, rue Poquelin-Molière. — 1928.
